

Contactblad ACHG

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Juli - augustus - september 2021

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT • JAARGANG 30 • NR. 4 • Afgiftekantoor: Leuven MassPost P911471

IN DIT NUMMER:

- Editoriaal1
- Onderwijs2
- Onderzoek5
- ebpracticenet10
- ACHG publicaties12
- ACHG in de media.....13
- Leuk nieuws14
- Agenda16

Zo, het zit erop!

Als u dit exemplaar ter hand neemt, zit het academiejaar er (zo goed als) op. (Alweer) een bijzonder jaar met virtuele lessen, contacten die geen contacten zijn, studenten die we niet zo echt leren kennen als andere jaren, examens die vreemd aanvoelen, zowel voor student als prof. We kijken uit naar een verfrissende vakantie om bij terugkeer onze plannen voor onderzoek, innovatie in het onderwijs en de ontwikkeling van ons vak: huisartsgeneeskunde te verfijnen en te verdiepen. Want er ligt nog veel werk op de plank.

‘Het zit erop’ betekent voor mij dit keer iets helemaal anders: het zit er echt op, het emeritaat staat binnen enkele weken voor de deur. Nooit gedacht, midden de jaren 80, dat alles zo snel zou lopen (zeggen niet alle grootouders dat...?).

In die jaren, het moet 1986 geweest zijn, stond in Huisarts Nu, toen nog het tijdschrift van de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH), een kleine aankondiging: “Gezocht gemeente waar huisartsen willen meewerken aan epidemiologisch onderzoek”. Na overleg met de vier collega’s, ‘solliciteerden’ we hiervoor. We werden als groep geselecteerd hoewel. Nadien bleek dat er geen andere kandidaten waren. Een psychologe streek neer in een van de kleinste gemeenten van de provincie Antwerpen en deed onderzoek naar dementie in onze populatie van 75-plusers. Een mini Framingham onderzoek werd eraan gekoppeld. Mijn taak bestond erin de collega’s gemotiveerd te houden, stalen op te bergen in de koelkast, kopies te maken, informed consent documenten bij te houden en ander ‘banaal’ maar onmisbaar ‘cra’ werk. Prof Heyrman, kersvers diensthoofd huisartsgeneeskunde, nodigde me uit verder te werken over dementie, maar dan bekeken en bestudeerd vanuit de huisartsenhoek. Van die kleine stappen kwam na zwoegen in avond en weekenduren een doctoraat waarna ik verder rolde in het academisch werk en vanaf 1989 begon deel uit te maken van de toen nog kleine staff van het ACHG. In die bijna dertig jaren zijn er veel boeiende projecten op ons pad gekomen. ‘Ons’ staat hier niet voor de ‘pluralis majestatis’. Neen, ons geeft aan dat alles wat we konden, mochten (en soms moesten) doen, teamwork was. Een team waarin iedereen even belangrijk en onmisbaar is. Dat geeft een enorme drive en maakt ons werk, onderzoek, onderwijs en dienstverlening, zo zinvol. Daar putten we energie uit die we nodig hebben om vol te houden en de projecten tot een goed einde te brengen. Maar daarnaast en bovenal is de betrokkenheid op patiënten, iedere dag weer, een enorme bron van zingeving én inspiratie. De onderzoeksvragen liggen iedere week op de ‘onderzoekstafel’, als we het willen zien.

Met andere woorden, met een open geest in de wereld staan gecombineerd met een kritische, positieve blik, dat is een belangrijke basis voor ons academisch werk. →

Editoriaal



Save the date

**Op donderdag
23 september 2021
vanaf 16u vindt
de emeritaatsviering van
prof. Jan De Lepeleire
plaats.**

**Noteer het alvast
in uw agenda!**

→ Na dertig jaar ACHG wens ik dat het ACHG een stevige werkplek blijft voor iedereen, waar inspirerend onderwijs gegeven wordt dat beklijft voor onze toekomstige artsen (die voor ons zorg zullen dragen als we écht oud zijn), waar relevant onderzoek gedaan wordt in het voordeel van een kwaliteitsvolle zorg.

Hier past een dankwoord aan vele mensen, te lang om hier te doen. Dat doen we nog wel een andere keer.

Ik wens dat het ACHG een onbevangen visie voor de zorg van vandaag en morgen blijft ontwikkelen en een uitmuntend centrum in een internationale context is en blijft (beleidsvisie ACHG). Of de statuten van de WVVH parafraserend: "Het ACHG heeft tot doel het wetenschappelijk, maatschappelijk en wijsgerig verantwoord uitoefenen van de huisartsgeneeskunde te bevorderen en richting te geven aan haar verdere ontwikkeling".

Het ga u allen goed, geniet van de vakantie,

Jan De Lepeleire



Onderwijs

Blended learning: Mix en match in onderwijs

Ik was ooit een bezielde maar onverbiddelijke 10-jarige schooljuf die de buurtkinderen bij elkaar in een klas zette, hen huiswerk gaf en opdrachten die ze samen moesten uitwerken en presenteren en waarbij ze elkaar moesten onderwijzen. De lesinhoud was geïnspireerd op wat dagelijks het pad van een 10-jarige kruiste. Ik was ongetwijfeld het meest vervelende kind uit de buurt. Daar moest ik aan denken toen een collega zuchtte bij de review van ons vak: 'ik probeer mij voor te stellen wat ik als student had gewild... Niet dit, zo vermoeiend, we knijpen ze dood'. Nu dus ook de vervelendste docent...

Blended leren en onderwijzen is vermoeiend en vraagt een behoorlijke inspanning van student, docent en ondersteuner. In het schoolse systeem blijf zelfs met de activerende lesvormen die nu

vaker gehanteerd worden de hoofdrol weggelegd voor de docent. Maar in deze continu en snel evoluerende kennismaatschappij volstaat een eenvoudige en unilaterale kennisoverdracht niet meer. Studenten moeten kennis verwerven, toepassen, kritisch belichten en vergelijken, opvolgen, etc... Daarvoor zijn meer dan enkel cognitieve vaardigheden nodig.

In een blended learning traject wordt ingespeeld op de contextuele en inhoudelijke leernoden van de student. De studenten worden actief betrokken bij het leerproces en zelfs ingezet als 'onderwijzers'. In de bachelor Geneeskunde krijgen studenten een inleiding op de gezondheidszorg. De inhoud van het vak focust op 'het klinisch consult', 'zorg in de eerste lijn' en 'kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid'. Deze lessen starten vanuit complexe, levensechte proble-

Onderwijs

men (vb. consult met een acuut ziek kind: communicatie met een kind, clinical evidence bij diagnostiek van ziektes bij kinderen, bloedname bij een kind, zorgorganisaties betrokken bij ontwikkeling van een kind). De interdisciplinaire aanpak staat hierin centraal.

Het vak is opgebouwd volgens het onderwijsmodel 'levensecht leren' (Merriënboer, Roex ea), waarbij begeleide zelfstudie het leer- en toetsproces ondersteunt. Dit gaat uit van activerend onderwijs in een blended context rondom een learning community met studenten, docenten, professionals uit verschillende contexten/disciplines (beleid en zorg) en patiënten.

Elk lesonderdeel omvat sequentieel een voorbereidende opdracht, een hoorcollege, een interactief hoorcollege met een expert, een geïntegreerde workshop met voorbereiding en een samenvattend geïntegreerd hoorcollege (zie figuur 1). De studenten krijgen achtergrondmateriaal, interactief materiaal en oefeningen, permanente zelfevaluatie en feedback door docenten en peertutors aangereikt. Het geheel wordt ondersteund door een digitaal leerplatform.

De voorbereidende opdracht heeft als doel studenten te motiveren en actieve participatie te stimuleren, het ijk van de voorkennis en pre-teaching. Deze voorbereiding wordt teruggekoppeld tijdens het theoretisch hoorcollege waarna verdere verdieping in de theorie volgt. Direct aansluitend op elk theoretisch hoorcollege, volgt een 'praktisch hoorcollege' met telkens een spreker-expert uit het veld: beleid (mutualiteit, ziekenhuis, WZC), sociaal assistente (CAW, Kind & Gezin), zorgorganisatie (Huis voor Gezondheid), verpleegkundige (thuisverpleging, palliatieve zorg), patiënt (chronisch zieke, patiënt met communicatieconflict in hulpverlening, ex-drugverslaafde), zorgvoorziening (wijkgezondheidscentrum). Via activerende werkvormen (digitaal votingsysteem, kleine buzz-groepjes en een digitaal mood board) wordt de grote groep studenten betrokken. Het doel van deze praktische les is het overdragen van de theorie naar de praktijk. Daarnaast maken we studenten gevoelig voor de meerwaarde en de uitdagingen van het werken in interdisciplinaire context.



Figuur 1

Na het hoorcollege gaan studenten zelfstandig aan de slag met onlineoefeningen met ondersteunend materiaal en met automatisch gegenereerde feedback en mogelijkheid tot discussie/interactie met de docent. Het doel is studievoortgang boeken en testen, een persoonlijke leeragenda opmaken en leren leren. Daarna volgen peer-begeleide workshops onder supervisie van een docent, waarin competenties op een geïntegreerde manier worden verdiept en verbreed. Studenten leren hier ook samenwerken en feedback geven en ontvangen. De workshops worden teruggekoppeld naar de les zodat studenten theorie en praktijk leren koppelen en vragen leren formuleren en stellen.

Finaal volgt een geïntegreerde les. Hierin gebeurt de integratie van alle voorgaande lesonderdelen om de studenten de samenhang te laten begrijpen, de inzichten te bestendigen en de leeragenda te voltooien.

Blended learning vraagt dus vooral een goede voorbereiding en instructie voor de studenten en docenten. De return zit in het lesplezier voor de docenten en in de leerwinst voor de studenten ... al was het maar dat we ze allemaal mogen meespelen als vervelende juffen en meesters 😊.

Birgitte Schoenmakers

Een modern leerplatform voor huisartsen

Het eerste volledig digitale navormingsplatform voor huisartsen is gelanceerd door het Academisch Centrum voor Huisartsen (ACHG) aan de KU Leuven. Onze huidige kennismaatschappij en de snel wijzigende inzichten binnen de medische wereld vereisen van artsen een grote verantwoordelijkheid om hun competenties voortdurend te blijven ontwikkelen en bij te sturen. Artsen moeten in de huidige context ook over meer dan enkel medische vaardigheden en competenties beschikken: een arts moet kunnen samenwerken, communiceren en managen. Levenslang leren is de sleutel om dit waar te maken. Universiteiten spelen een belangrijke rol in het aanleveren van dit aanbod. Zij hebben de didactische en wetenschap-

pelijke expertise in huis en garanderen zo een kwaliteitsvolle impact op de praktijk.

Het ACHG speelt al langer een grote en pionierende rol in het navormingsaanbod voor huisartsen. Zowel het aanbod als de formule van de navorming worden maximaal afgestemd op de meest recente didactische inzichten, op de leerbehoeftes van de huisartsen en op de actuele noden in de gezondheidszorg. Daarom heeft het ACHG een groot, inhoudelijk en didactisch gevarieerd aanbod (blended aanbod) ontwikkeld waarvan dit online leerplatform het sluitstuk is. Dit interactieve leerplatform omvat een aanbod van 20

Onderwijs

leermodules verdeeld over een 40-tal hoofdstukken over uiteenlopende thema's: de medische systemen zoals onder andere hart- en longziekten komen aan bod maar ook psychosociale thema's zoals ouderen mishandeling en verslaving. Het geheel wordt aangevuld met ondersteunende materialen opgenomen in de digitale bibliotheek. Artsen doorlopen een hoofdstuk naar keuze, leren de theorie, maken oefeningen en testjes en kunnen op het einde van de leeractiviteit accreditering aanvragen. Een superviserend algoritme detecteert en analyseert de bewegingen van de gebruiker tijdens het doorlopen van de leermodule: doorlooptijd, invullen van de oefeningen, aantal pogingen en het aantal juiste antwoorden.

Een digitale leervorm gaat verder dan het loutere vertalen van analoge cursussen en materiaal naar een onlineplatform of het publiceren van een 'test-uw-kennis' pagina's. Lange leesteksten zijn motivatiekillers en e-learning onder de vorm van vraag en antwoord zorgt amper voor een leereffect. Voor de lerende is het belangrijk dat er interactie nodig is, dat er feedback wordt voorzien, dat er ondersteunend materiaal aanwezig is en dat er verwezen wordt naar de dagelijkse praktijk. De pandemie met de bijhorende lockdown heeft de fysieke en mentale drempelvrees tot het volgen van digitale lessen verlaagd en artsen doen inzien dat deze manier van leren niet ondergeschikt hoeft te zijn aan contactnavorming. Deze aanpak van levenslang leren past perfect in de huidige maatschappelijke en wetenschappelijke context: professionals leren interactief, behoefte-gestuurd, op eigen ritme en hebben toegang tot een actueel, wetenschappelijk onderbouwd en uitgebreid aanbod lesmateriaal.

Prof. dr. Birgitte Schoenmakers, verantwoordelijke Navorming ACHG
Prof. dr. Bert Aertgeerts, Diensthoud ACHG
Severine Thonnon, stafmedewerker didactiek
Lisa Van der Auwera, stafmedewerker communicatie



Voor wie?

Voor huisartsen ... door huisartsen. Of u nu een huisarts-in-opleiding of een erkend huisarts bent, u vindt een antwoord op de eigen leer- en kennisnoden. Van acute urgenties en chronische aandoeningen, tot armoede in de zorg en praktijkmanagement: in onze online leermodules komen alle huisartsgeneeskundige thema's aan bod.

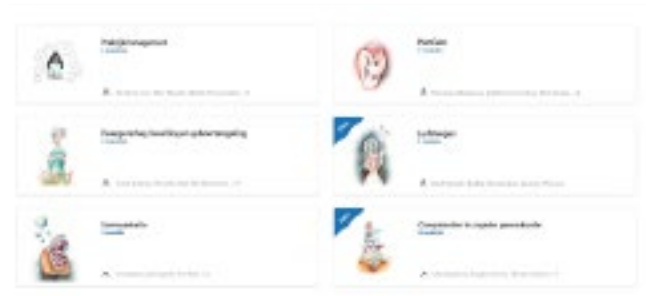
Waarom online?

Zoveel huisartsen, zoveel verschillende leerbehoeften en elk met een eigen leerstijl. U plant dit graag in uw drukke agenda, zowel professioneel als privé. Het klassieke hoorcollege of lezing op een vast contactmoment blijkt vaak niet langer haalbaar. Een online leerplatform biedt hier de oplossing. U verkent de modules waar en wanneer u het wil, op uw eigen ritme.

Onze modules bieden informatie die u op elk moment van de dag kan raadplegen en downloaden. Dit aangevuld met artikels, instrumenten voor diagnostiek en nuttige links.

Kortom, de ACHG-leeromgeving is een online platform op uw maat.

Ons aanbod



Ons aanbod bestaat momenteel uit een 20tal cursussen opgebouwd uit meerdere modules. Dit wordt regelmatig vernieuwd en aangevuld. De opzet van een module kan variëren van puur praktijkgericht tot het uitdiepen van theoretische concepten.

O.a. de volgende thema's komen aan bod: Luchtwegen, Preventie, Praktijkmanagement, Palliatieve zorg, Zwangerschap, Mantelzorg, Communicatie, en nog veel meer

Praktisch

Hoe inschrijven?

U schrijft zich in op het navormingsplatform SofiaLearn door te surfen naar <https://forms.kuleuven.be/a0083/index?id=1078> en de aanwijzingen te volgen. Na betaling en registratie krijgt u toegang tot het ACHG-platform van Sofia en kan u aan de slag.

Kostprijs per jaar:

Standaard: 175 EUR

PO's / STACO's, Academische praktijken: 100 EUR

HAIO's: 50 EUR

Accreditering:

Elke module op het leerplatform geeft u recht op accreditering. U doorloopt een module met een duurtijd van één uur en ontvangt een certificaat met een accrediteringsnummer.

De COVID-19 Vaccinatie Barometer onderstreept de maatschappelijke rol van huisartsen en hun EMD

De voorbije maanden werd in de COVID-19 vaccinatiecampagne vooral ingezet op het identificeren en activeren van risicopatiënten. Samen met de mutualiteiten hebben de huisartsen ongeveer 1,8 miljoen risicopatiënten tussen 18 en 64 jaar geïdentificeerd.

Sinds midden april werd ook de vaccinatie barometer toegevoegd aan ons EMD. Nu de vaccinatiecampagne op volle toeren draait, wordt de vaccinatie barometer steeds essentiëler in de verdere bestrijding van deze pandemie. Deze tool stelt ons als huisartsen in staat om aan populatiemanagement te doen.

Als artsen zijn we vooral opgeleid om aan 'reactieve' zorg te doen. We wachten tot een patiënt zich met een vraag bij ons op consultatie aanbiedt. Maar daarnaast zijn we ook verantwoordelijk voor onze praktijkpopulatie, best gedefinieerd door onze GMD-populatie. In deze populatie zitten ook patiënten die moeilijker bereikbaar zijn, die minder gemakkelijk een stap zetten naar onze praktijk, waardoor ze niet altijd tijdig de zorgen krijgen waar ze nood aan hebben. Daarom hebben we ook nood aan een 'pro-actieve' zorg, om net die patiënten te identificeren bij wie de zorg moeilijker verloopt en hen op tijd op te pikken.

De vaccinatie barometer is een tool om deze pro-actieve zorg te kunnen inzetten in de vaccinatiestrategie. Met deze tool kan je:

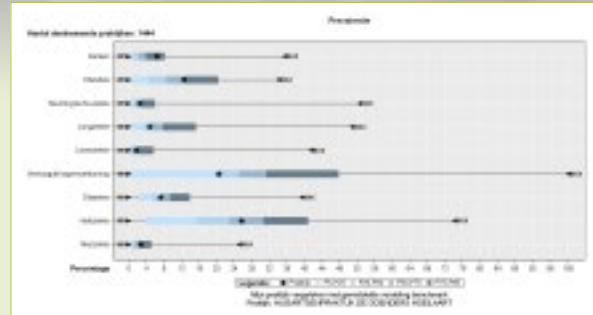
1. de aanwezigheid van chronische aandoeningen in jouw praktijkpopulatie in kaart brengen
2. de vaccinatiegraad in risicogroepen opvolgen
3. acties ondernemen om de vaccinatiegraad te optimaliseren.

De barometer bestaat uit 3 delen:

1. AUDIT en eFORM: met 4 klikken in je EMD kan je op minder dan een minuut de vaccinatiegraad in je praktijk berekenen
2. Feedback: via www.healthstat.be kan je jouw cijfers over prevalentie van chronische aandoeningen en vaccinatiegraad bevestigd vergelijken met de cijfers in jouw regio
3. Acties: met de 'recall queries' kan je de patiënten die nog niet gevaccineerd werden identificeren.

We vragen huisartsen de barometer wekelijks (tussen vrijdag 12u en maandag 12u) door te sturen. Naast het opvolgen en verhogen van de vaccinatiegraad in de eigen praktijk kunnen we zo ook het vaccinatiebeleid in de eerstelijnszone bijsturen. Alleen met voldoende data kunnen de juiste doordachte beleidsaanpassingen plaatsvinden om onze maatschappij zo snel mogelijk uit deze crisis te helpen.

Huisartsen zijn samen met apothekers de enigen die kunnen zien wie van hun patiënten nog niet ingegaan zijn op de uitnodiging of actief geweigerd hebben. Deze patiënten krijgen binnenkort een nieuwe kans om zich te laten vaccineren. Door de unieke vertrouwensrelatie tussen patiënt en huisarts, zal de patiënt veel sneller geneigd zijn om zich te laten vaccineren wanneer de vraag komt



vanuit de huisarts, dan vanuit een 'anonieme' overheidsinstantie. Vanuit de meeste EMDs kan je eenvoudig patiënten extra aansporen om alsnog langs te gaan bij het vaccinatiecentrum, wanneer een nieuwe mogelijkheid tot vaccinatie zich voordoet. Met slechts enkele klikken kan je bijvoorbeeld een gepersonaliseerd bericht sturen naar deze niet-gevaccineerde patiënten.

Op dit moment hebben al 1.444 praktijken in België minstens 1 maal de vaccinatie barometer doorgestuurd. Wekelijks sturen ongeveer 900 praktijken hun gegevens door. Hoe meer praktijken deelnemen aan het netwerk hoe performanter het systeem wordt. De bijdrage van huisartsen in deze vaccinatiestrategie is al essentieel gebleken en met behulp van de vaccinatie barometer streven we een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad na en trachten we groepsimmuniteit te bekomen. Met deze barometer onderstrepen we dan ook de maatschappelijke rol van de huisartsen en van ons EMD.

Bert Vaes

Overzicht van een PhD onderzoek

De **overconsumptie van benzodiazepines en z-drugs**, veelal ingezet als slaap- en kalmeermiddel, in België blijft bestaan. Ondanks (her)educatie van artsen omtrent het opstartbeleid zijn de cijfers nog steeds zorgwekkend. Uit onderzoek¹ weten we dat de meest voorkomende vorm van lange-termijngebruik een stabiel gebruik van een lage dosis inhoudt. Ondanks dat de dosis laag wordt gehouden, brengt ook deze vorm van gebruik neveneffecten met zich mee. De meest bekende zijn ongetwijfeld het verhoogde valrisico, en afhankelijkheid van de medicatie. Daarnaast leidt langdurig gebruik ook tot cognitieve achteruitgang, en geheugenstoornissen voornamelijk bij ouderen.²⁻¹¹

De **richtlijnen** in België komen overeen met de richtlijnen in de meeste Europese landen. Ze raden aan om deze medicatie slechts in te zetten in de **laagst mogelijke dosis én voor de kortst mogelijke duur**. Eén tot twee weken voor slapeloosheid, en twee tot vier weken voor angst.¹²⁻¹⁶



Het **stopzetten** van deze medicatie is in de praktijk vaak een **uitdaging**, soms zelfs na een korte periode van gebruik. Om nieuwe inzichten en strategieën te ontwikkelen, voeren we aan het ACHG meerdere onderzoeken uit.

1. Kurko TAT, Saastamoinen LK, Tähkääpää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns - A systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry*. 2015;30(8):1037-1047. Available from: doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.003
2. Ashton H. Drug dependency: benzodiazepines. In: Ayers S, Baum A, McManus C, Newman S, Wallston K, Weinman J, West R. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. 2nd ed. Cambridge University Press; 2007:675-678.
3. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(10). Available from: doi:10.1007/s11920-016-0727-9
4. Kurko TAT, Saastamoinen LK, Tähkääpää S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns - A systematic review of register-based studies. *Eur Psychiatry*. 2015;30(8):1037-1047. Available from: doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.003
5. Vaapio S, Puustinen J, Salminen MJ, Vahlberg T, Salonoja M, Lyles A, et al. Symptoms associated with long-term benzodiazepine use in elderly individuals aged 65 years and older: A longitudinal descriptive study. *Int J Gerontol*. 2015;9(1):34-39. Available from: doi: 10.1016/j.ijge.2014.03.009
6. Bourin M. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. [The problems with the use of benzodiazepines in elderly patients]. *L'Encéphale*. 2010;36(4):340-347. doi: 10.1016/j.encep.2010.04.016
7. Picton JD, Brackett Marino A, Lovin Nealy K. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. *Am J Heal Pharm*. 2018;75(1):e6-e12. doi: 10.2146/ajhp160381
8. Lapeyre-Mestre M. Impact des benzodiazépines sur les fonctions cognitives et le risque de démence. *Revue des arguments de causalité issus des études observationnelles*. [Benzodiazepines, cognitive decline and dementia: A review of causality criteria from published observational studies]. *Therapies*. 2019;74(3):407-419. doi: 10.1016/j.therap.2018.09.071
9. Zhong GC, Wang Y, Zhang Y, Zhao Y. Association between benzodiazepine use and dementia: A meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(5):1-16. doi: 10.1371/journal.pone.0127836
10. de Gage SB, Pariente A, Bégaud B. Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? *Expert Opin Drug Saf*. 2015;14(5):733-747. doi: 10.1517/14740338.2015.1014796
11. Requena G, Huerta C, Gardarsdottir H, Logie J, González-González R, Abbing-Karagapian V, et al. Hip/femur fractures associated with the use of benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs): A methodological approach to assess consistencies across databases from the PROTECT-EU project. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2015;25: Suppl 1. doi: 10.1002/pds.3816
12. Cloetens H, Declercq T, Habraken H, Callens J, Van Gastel A. Aanpak van slaapklasten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn. *Herziening (versie 28/06/2018)*. [Treatment of sleep complaints and insomnia in adults in primary care. Revision (version 28/06/2018).] Online: EBPractinet; 30 June 2018. 82 p.
13. Janhsen K, Roser P, Hoffmann K. The problems of long-term treatment with benzodiazepines and related substances. *Prescribing practice, epidemiology, and the treatment of withdrawal*. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(1-2):1-7. doi: 10.3238/arztebl.2015.0001
14. Irish College of General Practitioners (ICGP), Health Service Executive (HSE). Guidelines for the Management of Depression and Anxiety Disorders in Primary Care. Online: HSE; 2006. 34p. Available from: <https://www.icgp.ie/speck/properties/asset/asset.cfm?type=Document&id=F7357072-19B9-E185-8305B57017FC7D-0D&property=document&filename=GuidelinesontheManagementofDepression.pdf&revision=tip&mimetype=application%2Fpdf&app=icgp&disposition=inline>.
15. Ford C, Law E. Guidance for the use and reduction of misuse of benzodiazepines and other hypnotics and anxiolytics in general practice. July 2014. Available from: <https://www.smmgp-fdap.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=8f776bd7-8127-485f-8550-b93603ea275f>
16. Medicines management programme. Guidance on appropriate prescribing of benzodiazepines and z-drugs (BZRA) in the treatment of anxiety and insomnia. Online: HSE; February 2018. 53 p. Report version 1.0. Retrieved from <https://www.hse.ie/eng/about/who/cspd/ncps/medicines-management/bzra-for-anxiety-insomnia/bzraguidancemmpfeb18.pdf> on 21 October 2020.

In één studie, de Big Bird studie, testen we de effectiviteit van **blended care** voor het afbouwen van benzodiazepines en z-drugs bij insomnia. We weten namelijk dat een belangrijk deel van de afbouw bestaat uit het grondig informeren van de patiënt, zowel over de effecten van de medicatie, als over alternatieve manieren om aan hun slapeloosheid te werken. Een online zelfhelp-platform kan eventueel arts en patiënt hierin vooruithelpen. We verzamelen in deze studie data van 917 patiënten, met medewerking van 95 artsen over heel België. In deze studie maken we gebruik van zowel zelfrapportering, als rapportering door de arts, als toxicologische screening van urinestalen om een volledige stop te documenteren. Meer informatie over deze studie vindt u op www.bigbirdtrial.com. Aankomende zomer kunnen de resultaten worden geanalyseerd.

In een tweede project werken we samen met een multidisciplinaire groep van zorgverleners en patiënten aan een **informatieve brochure over slapeloosheid**. Zowel het ontwerp als de inhoud werd door de deelnemers bepaald tijdens een co-design traject. Het eindresultaat kan u bestellen op papier via kristien.coteur@kuleuven.be, of downloaden via het hulpmiddelenboek omtrent slaap- en kalmeermiddelen van de FOD Volksgezondheid: <http://www.slaapenkalmeermiddelen-hulpmiddelenboek.be/>, paragraaf 1.3: psycho-educatie. De brochure bestaat uit twee delen: één deel met basisinformatie over slaap, slapeloosheid en slaapmedicatie; en één steekkaart, gericht op patiënten met chronische slapeloosheid, waarbij diverse invalshoeken voor behandeling en enkele online informatiebronnen worden aangeboden. Momenteel wordt de brochure verspreid. Na zes maanden zal er een evaluatie plaatsvinden om te bekijken hoe de brochure wordt ontvangen in het werkveld. Wil jij ook feedback geven? Laat het me zeker weten.



In een **volgende fase** van mijn onderzoek zou ik graag dieper ingaan op hoe de afbouw van deze medicatie wordt ervaren in het dagelijkse leven, door zowel de huisarts, apotheker, als de patiënt. Het doel hiervan is om een theoretisch kader omtrent noden en motiverende factoren te ontwikkelen om afbouw in België meer te kunnen stimuleren, en zo de kwaliteit van onze gezondheidszorg te bevorderen.

Kristien Coteur
kristien.coteur@kuleuven.be

Enkele tips van ervaringsdeskundigen

Deel reeds bij de opstart duidelijk mee dat deze medicatie stapsgewijs gestopt zal worden na de afgesproken periode.

Informeer patiënten regelmatig over de risico's die het langdurig gebruik van deze medicatie met zich meebrengt. Nodig hen uit om over afbouw te praten.

Blijf je bezorgdheid op rustige wijze uiten, ook na jarenlang gebruik. Laat de eindbeslissing zoveel mogelijk bij de patiënt.

Gestart met afbouw? Wees betrokken!

Eens een patiënt eraan begint, kunnen er ontweningsverschijnselen optreden. Het is belangrijk dat de patiënt hierover kan praten en het tempo van de afbouw kan aanpassen in overleg met jou.

Oproep interviewstudie afbouw benzodiazepines en z-drugs

Voor de laatste fase van mijn doctoraatsproject zal ik huisartsen, apothekers en patiënten interviewen over hun ervaringen met de afbouw van benzodiazepines en z-drugs.

Met deze studie willen we meer inzicht krijgen in de noden en factoren die het gebruik van benzodiazepines en z-drugs voor de behandeling van slapeloosheid motiveren.

Waarom je hieraan wil meewerken?

- Een interview duurt slechts 1 uur.
- Je kan de temperatuur kiezen door je timing: de zomer of herfst van 2021.
- Er is geen vergoeding voor deelname voorzien, maar je krijgt wel eeuwige dankbaarheid van de onderzoekers.
- Als we elkaar in persoon spreken, krijg je corona-proof versnaperingen aangeboden.

Meedoen of meer info? Mail me even!

Kristien - kristien.coteur@kuleuven.be

PS: De organisator kan niet aansprakelijk gesteld worden voor eventuele, positieve gevolgen in je praktijkvoering naar aanleiding van dit interview.



HET BEHEER VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID IN DE EERSTELIJNSZORG: DE MENING VAN DE HUISARTSEN IN BELGIË

In België wordt een wetenschappelijk onderzoeksproject (EPCAP) uitgevoerd naar de implementatie van eerstelijnspsychologische zorg. Dit onderzoeksproject wordt gesubsidieerd door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid.

Meer in het algemeen is het doel van deze studie om na te gaan (1) hoe het gesteld is met de geestelijke gezondheid binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, (2) wat uw kennis en ervaring is met het verlenen van eerstelijnspsychologische zorg en (3) wat uw behoeften zijn met betrekking tot de COVID-19 gezondheids crisis.

Deel uw ervaring !

➤ Wat wordt er van u verlangd?

U wordt gevraagd een vragenlijst in te vullen dat ongeveer 15 minuten zal duren.

Alle gegevens worden **anoniem en vertrouwelijk** behandeld.

➤ Kan ik deelnemen?

Deze studie staat open voor **ALLE huisartsassistenten en huisartsen** in België, of u nu bekend bent met de eerstelijnspsychologische zorg of niet.

➤ Hoe kan ik deelnemen?

U kunt de vragenlijst openen door op de volgende link te klikken of via onderstaande QR-code (u dient eerst uw goedkeuring voor deelname te geven alvorens u kan starten). Dankzij de URL-link die u per e-mail ontvangt, kunt u de vragenlijst in meerdere keren invullen met behoud van uw gegevens.

<https://surveys.fplse.uliege.be/surveys/k.php?p=131>



Als u een papieren vragenlijst wilt invullen, neem dan contact op met de onderzoekster (Mevr. Annabelle Kinard).

Wij danken u bij voorbaat voor uw deelname en blijven beschikbaar als u vragen heeft!

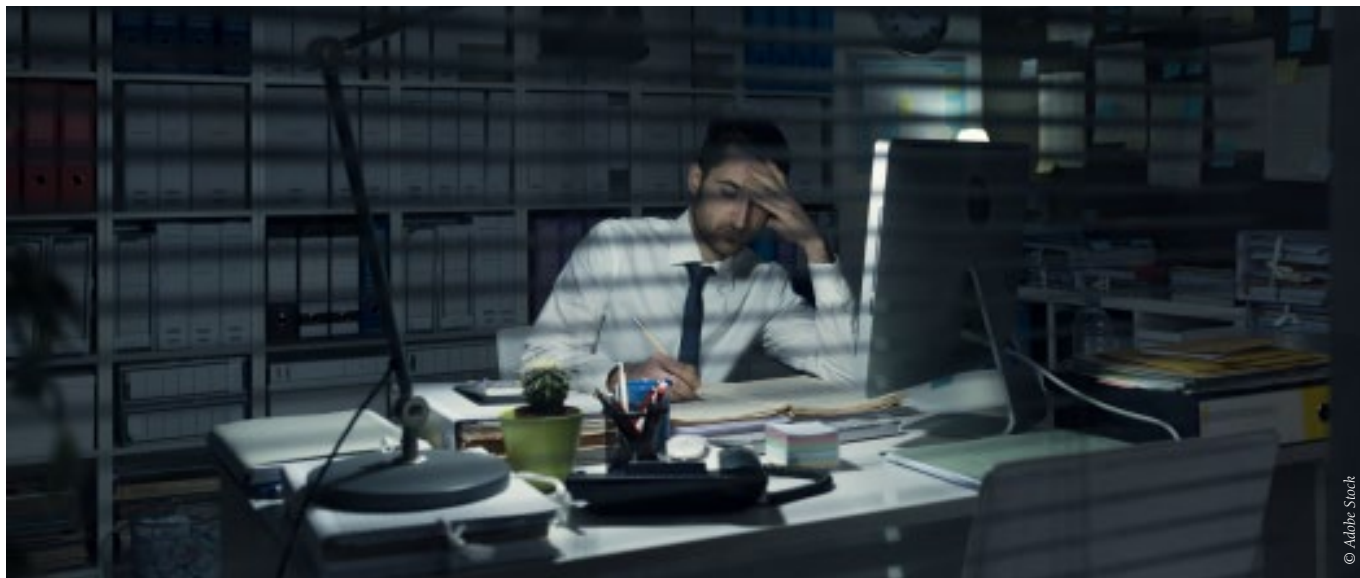
Heeft u vragen en/of wenst u deze vragenlijst op papier in te vullen, neem dan contact op met het EPCAP-onderzoeksteam:

<i>Onderzoekers</i>		<i>Contactgegevens</i>
<i>Université de Liège</i>	Prof. Fabienne Glowacz Mevr. Annabelle Kinard	Email : Annabelle.kinard@uliege.be
<i>KU Leuven</i>	Prof. Ronny Bruffaerts Dr. Leontien Jansen	Tel :0471/24.34.86



Gezondheid en Wetenschap

Lange werkdagen verhogen het risico op hartziekten en beroertes



Waar komt dit nieuws vandaan?

Een internationaal team onderzoekers ging, in samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), het verband na tussen lange werkdagen en hartziekten en beroertes (1). De wetenschappers voerden een enorme literatuurstudie uit op meer dan 2.000 studies. Daaruit bleek het volgende:

- In 2000 werkte 8% van de wereldpopulatie 55 uur en meer per week. In 2016 ging dat om 9%, of **bijna 500 miljoen personen**.
- Die werkbelasting is verantwoordelijk voor **bijna 750.000 doden** door een hartziekte of beroerte.
- Van alle sterfgevallen door hartziekten en beroertes waren respectievelijk **3,7% en 6,9% te wijten aan te veel werken**.

De onderzoekers besluiten dat **55 uur en meer per week werken**, vergeleken met minder werkuren, **schadelijk is voor de gezondheid**.

Bron

(1) Pega F, Nafradi B, Momen N, et al. *Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000–2016: A systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury*. *Environment International* 2021, 106595. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412021002208>

Hoe moet je dit nieuws interpreteren?

Een indrukwekkende studie toont aan wat we al lang vermoeden: zeer **lange werkdagen** zijn om verschillende redenen **ongezond**. Ze kunnen leiden tot:

- meer stress;
- lang stilzitten;
- minder bewegen;
- meer alcohol drinken;
- ongezonde eet- en leefgewoonten;
- psychische problemen.

Deze internationale studie heeft wel een aantal **beperkingen**:

- De meeste opgenomen studies waren **waarnemend** van aard.
 - Met zulke studies kunnen onderzoekers verbanden vaststellen, maar geen oorzaak-gevolgverbanden aantonen.
- Lange werkdagen blijken slecht voor je hart en bloedvaten, maar we weten niet juist waarom.
 - Deze studie houdt alleen rekening met het **aantal werkuren**, en **niet met de aard van het werk**.
- Uit ander onderzoek weten we dat de **socio-economische positie** van een persoon ook een belangrijke rol speelt:
 - Een lagere positie werd in verband gebracht met meer gezondheidsproblemen (2).
 - Hoe minder autonomie, hoe hoger het stressniveau.
- Het is ook niet bekend of lange werkdagen in combinatie met gezonde eet- en leefgewoonten het risico op hartziekten en beroertes ook doen stijgen.

Conclusie

Een internationale literatuurstudie toont een verband aan tussen 55 uur en meer per week werken en hartziekten en beroertes. Van alle sterfgevallen door hartziekten en beroertes wereldwijd zouden respectievelijk 3,7% en 6,9% te wijten zijn aan te veel werken. Deze literatuurstudie legt niet uit waarom dit zo is, en of dit voor alle beroepen geldt. Mogelijk ervaren mensen met lange werkdagen meer stress, zitten ze meer, bewegen ze minder en houden ze er over het algemeen ongezondere leefgewoonten op na.

Referenties

(2) Li, J., Rugulies, R., Morgan, R.L., Woodruff, T., Siegrist, J., 2020b. *WHO/ILO Working Group of Individual Experts on Long Working Hours on Ischaemic Heart Disease. Systematic review and meta-analysis on exposure to long working hours and risk of ischaemic heart disease - Conclusions are supported by the evidence*. *Environ. Int.* 144, 106118.

Richtlijnen

Nieuwe richtlijn: 'Sarcopenie'

Naarmate men ouder wordt verliest men zowel spierkracht als spiermassa, dit proces wordt benoemd als sarcopenie. Deze verandering start rond de leeftijd van 30 jaar en versnelt vanaf de leeftijd van 50 jaar.



Duidelijke vermindering van spiermassa en spierkracht kan verregaande gevolgen hebben voor de gezondheid en onafhankelijkheid van oudere personen. Zo kan men onder andere volgende gevolgen bemerken: een verhoogd valrisico, verhoogde kans op fracturen, meer mobiliteitsproblemen, een gedaalde levenskwaliteit en verlies van onafhankelijkheid.

De nieuwe richtlijn 'Sarcopenie', ontwikkeld door BVGG (Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie), bevat naast de gewoonlijke prevalentie, risicogroepen en behandeling ook enkele handige afgedrukte steekkaarten zoals:

- een stappenplan voor de evaluatie van sarcopenie
- aanbevelingen vanuit een onderzoek naar spierkracht
- een overzicht voor de behandeling en oefentherapie

Bekijk deze richtlijn op ebpnet.be

In de kijker: 'Cardiovasculaire risicobepaling in de eerste lijn'

Cardiovasculair risicobeheer is de bepaling en behandeling van hart- en vaatziekten bij personen met een verhoogd risico op een eerste of nieuw incident dat veroorzaakt wordt door atherotrombotische processen. Met deze aanbeveling kunnen huisartsen op een snelle en accurate manier het risico op hart- en vaatziekten bij hun patiënten bepalen.



Deze richtlijn die onlangs een update kreeg, behandelt onder andere:

- Risicogroepen en -factoren
- Test en screeningsvoorwaarden
- Aanbevelingen voor de communicatie met patiënten

Bekijk deze richtlijn op ebpnet.be

Nieuwe richtlijn voor het rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk

Binnen Europa behoort België nog steeds tot de grootste voorschrijvers van antibiotica buiten het ziekenhuis. Bovendien blijkt uit een KCE-rapport dat ongeveer 6% van deze antibiotica wordt voorgeschreven door tandartsen. Om hen aan te zetten antibiotica meer rationeel voor te schrijven, ontwikkelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), in samenwerking met klinici uit het werkveld en academici, een evidence-based praktijkrichtlijn.

Deze richtlijn is nu ook op ebpnet.be te vinden en bevat evidence-based aanbevelingen voor het rationeel voorschrijven van antibiotica bij 12 indicaties die vaak voorkomen in de algemene tandartspraktijk.

In de eerste plaats werd deze richtlijn ontwikkeld voor tandartsen, maar is zeker ook bedoeld voor huisartsen die worden geraadpleegd door patiënten met infecties in de mond.

Bekijk deze richtlijn op ebpnet.be



© Adobe Stock

Meest bezochte richtlijnen

1. Jicht en pseudojicht
2. Osteoporose
3. Besmettingen met het coronavirus
4. Lymeborreliose
5. Diepe veneuze trombose



IMPLEMENTATIE & OPLEIDINGEN

Nieuwe campagne over medische beeldvorming bij lage rugpijn

De FOD Volksgezondheid lanceert de campagne met de slogan 'Lage rugpijn? Eerst meer bewegen, dan pas foto's overwegen'.



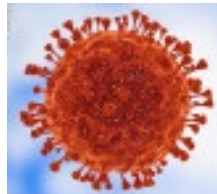
Op de website www.geenscancerplan.be getuigen een arts, kinesitherapeut en patiënt over lage rugpijn, over het belang van bewegen en het omgaan met medische beeldvorming.

Op verschillende Nederlandstalige en Franstalige radiozenders draaien in mei en juni spotjes om de campagne in de verf te zetten. De campagne wordt ook uitgebreid gepromoot op sociale media.

Meer weten? www.geenscancerplan.be

Langdurige COVID: tussentijd rapport en oproep KCE Trials

Het KCE werkt aan een studie over langdurige COVID en bracht reeds een rapport uit met de hypothesen over de fysiopathologische mechanismen die een rol zouden spelen.



Het wetenschappelijk rapport (in het Engels) bevat 71 wetenschappelijke publicaties die fijnmazig werden geanalyseerd door de onderzoekers. Het is belangrijk op te merken dat de inzichten binnen dit domein dagelijks evolueren en dat het momenteel nog gaat over hypothesen.

De onderzoeksequipe publiceert tussentijdse resultaten zodra deze klaar zijn en de volledig afgewerkte studie wordt verwacht tegen oktober 2021.

Lees het bericht op de website van het KCE

Cochrane Belgium werkt mee aan rapport over trial transparantie

Cochrane Belgium, Test Aankoop en Kom op tegen Kanker werken samen met TranspariMED aan een rapport over de transparantie van klinische trials in België. Het rapport is gebaseerd op de gegevens in EudraCT, een register specifiek voor trials over geneesmiddelen.



Lees het volledige artikel op de website van Cochrane Belgium

Opleidingen 'Evidence Based Practice' en 'Richtlijnenontwikkeling'



Op 10 september en 1 oktober starten respectievelijk de driedaagse opleiding 'Evidence Based Practice' en de vierdaagse opleiding 'Richtlijnenontwikkeling' voor zorgverleners die zich hier in willen verdiepen.

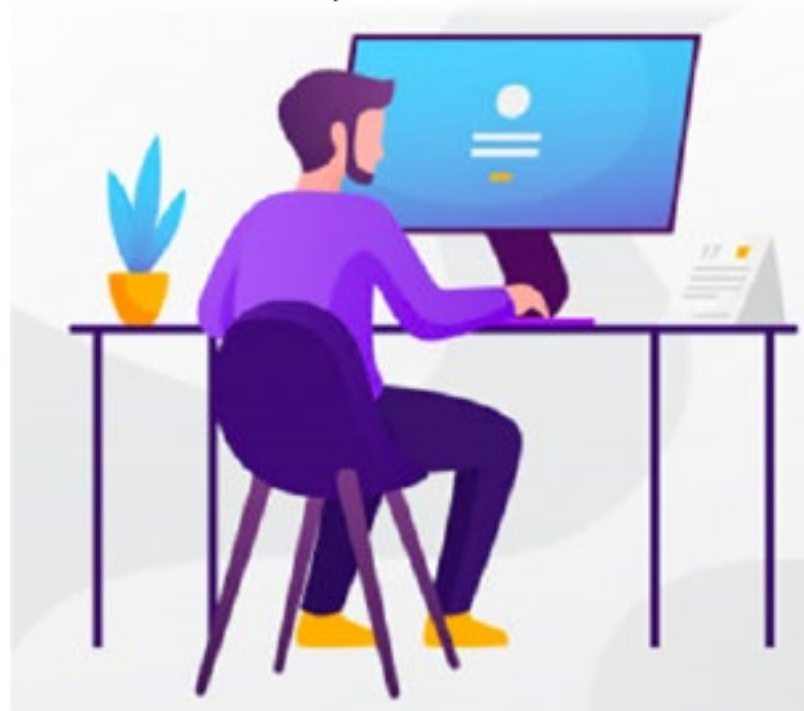
Meer info vind je op cebam.be

ONZE ONLINE INFOSESSIES

Heb je interesse om ons platform beter te leren gebruiken? Schrijf je dan snel in voor onze online infosessie 'EBM in de dagelijkse praktijk: leer snel evidence-based informatie terugvinden'.

Deze infosessie kan ook gevolgd worden in groepen (bv. in het kader van een LOK-groep).

Mail naar marieke.vanneste@ebpracticenet.be



ACHG publicaties

1. Govaerts J, Boeyckens J, Lammens A, Gilis A, Bouckaert F, De Hert M, **De Lepeleire J**, Stubbs B, Desplenter F. Defining polypharmacy: in search of a more comprehensive determination method applied in a tertiary psychiatric hospital. *Ther Adv Psychopharmacol* 2021, Vol. 11: 1–14. doi/10.1177/20451253211000610.
2. **Schoenmakers B**, Van Criekinghe J, Boeve T, Wilms J, Van Der Mullen C, Sabbe M. Co-location of out of hours primary care and emergency department in Belgium: patients' and physicians' view. *BMC Health Services Research* (2021) 21:282. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06281-y>.
3. Seaux C, Goedseels K, **De Lepeleire J**. Seksueel onaangepast gedrag bij een patiënt met dementie: literatuurreview en casusrapport. *TVGG* 2021; 1-15.
4. Wouters S, Vandenberghe J, **De Lepeleire J**, Van Bouwel L, De Hert M. Euthanasie: opvattingen en ervaringen van universitaire werkzame Vlaamse psychiaters. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2021; mei; 336-342.
5. Boogaerts T, Jacobs L, De Roeck N, Van den Bogaert S, **Aertgeerts B**, Lahousse L, van Nuijs Alexander LN, Delputte P. An alternative approach for bioanalytical assay optimization for wastewater-based epidemiology of SARS-CoV-2, *Science of the Total Environment* (2021), <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.148043>.



ACHG in de media

6,7% minder consultaties door pandemie

In het coronajaar 2020 trokken we minder vaak met een kochje naar de dokter. In vergelijking met 2019 nam het aantal consultaties af met 6,7%. De huisartsen kregen wel beduidend meer patiënten met angstklachten of een tekort aan vitamine D.

LUCHTWEGINFECTIES NAMEN AF

- 28% verkoudheden
- 29% hoestklachten
- 33% bronchitis
- 34% laryngitis
- 40% bronchiolitis

WEL MEER PROBLEME DOOR EENZAAMHEID

- +14% tekort vitamine D
- +14% angstsymptomen
- +7% slapeloosheid

HealthOne, een Belgisch softwarebedrijf voor het beheer van medische dossiers, liet raadplegingen bij 300 Belgische huisartsen analyseren. De gegevens werden geanonimiseerd verzameld door THIN (The Health Improvement Network), een Europese databank die ook data aanlevert aan Sciensano. Uit de cijfers van de huisartsenbarometer blijkt dat de verkoudheidsvirussen vorig jaar minder circuleerden. «Dat is te verklaren door de lockdowns en afstandsmaatregelen: de mondmaskerplicht en het gebruik van ontsmettingsgels», aldus dokter Nicolas Delvaux, huisarts en docent aan de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven. Er was ook minder buikgriep, wat de raadplegingen voor gastritis met 5% deed dalen. Door een tekort aan pneumokokkenvaccins en het uitblijven van inentingen...

Balans van consultaties bij Belgische huisartsen in 2020: enkele belangrijke trends en vooruitzichten (interview)

Actualiteit

BRUSSEL 19/05 - De eerste harde lockdown vorig jaar in maart en april trof de burger niet alleen in het dagelijkse leven. Wie een (huis)arts nodig had kon haast niet anders dan bellen of videochatten met zijn of haar vertrouwde (huis)arts. Het aantal raadplegingen daalde, patiënten stelden zorg uit en andere gezondheidstrends tekenden zich af. Softwarehuis HealthOne steelde de resultaten van een analyse over de trends van deze consultaties voor.



OPINIE

Echelonnering: beter voor patiënt, huisarts, specialist en het gezondheidszorgsysteem



Meerdere auteurs



© iStock

De EU stelt vast dat "27% of patients visit an emergency department inappropriately" (het is in België veel meer), en "14 EU countries require Primary Care Referral for consulting a specialist". Reeds 45 jaar geleden schreef Koninklijk Commissaris Pest in zijn "Verslag over de Ziekteverzekering": "Een vereiste is een trapsgewijze opstelling van de voorzieningen: een eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur en, bij noodzaak, de tweedelijnsgezondheidszorg... de

Belgische artsen en digitaal. Conform de geanonimiseerde farmaceutische zijn.

Openbare verdediging Steve Van Den Bulck

Op woensdag 26/5/2021 vond de openbare verdediging plaats van Steve Van den Bulck.

“Automatische audit en feedback als middel om de kwaliteit van de eerstelijnszorg te meten en te verbeteren”.

Het zal je maar overkomen...in coronatijden moeten verdedigen. Wat de kers op de taart moest worden, gebeurt dan online en voor een zeer beperkt fysiek aanwezig publiek. Geen toga's, geen receptie achteraf.....MAAR Steve heeft dat op een schitterende manier gedaan

Automatische audit en feedback als een hulpmiddel om de kwaliteit van de eerstelijnszorg te meten en te verbeteren.

Omdat er tot op heden geen gouden standaard is om een audit en feedback interventie te ontwikkelen en omdat deze kwaliteitsverbeterende strategie ook nog niet formeel is geïncorporeerd in de eerste lijn, hebben we hier onderzoek naar verricht. We hebben hierbij vooral onderzocht hoe geautomatiseerde audit en feedback kan gebruikt worden in de eerste lijn ten aanzien van patiënten en zorgverstrekkers.

Onze bevindingen toonden aan dat Vlaamse patiënten kritische zorggebruikers zijn die feedback wilden krijgen op basis van hun digitale gezondheidsgegevens door middel van een patiënten por-

taal. Ook werden verschillende functionaliteiten van een patiënten portaal beschreven die ervoor kunnen zorgen dat deze technologie de patiënt centraal stelt. Verder bleek dat geautomatiseerde audit en feedback in het algemeen effectief was in de eerste lijn, in het bijzonder voor preventieve geneeskunde en voor medicatieveiligheid. Enkele belangrijke eigenschappen van geautomatiseerde feedback werden hierbij ook onderzocht. Bovendien hebben we voor diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie twee sets van kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die uit het elektronisch medisch dossier van de huisarts te extraheren zijn. Deze sets van indicatoren kunnen gebruikt worden als een framework voor een automatische audit en feedback interventie in de eerste lijn. Om de stap van theorie naar praktijk te zetten, hebben we tenslotte ook een strategie ontworpen om de volledigheid van de gegevens in het elektronisch medisch dossier van de huisarts te verbeteren. Hierbij hebben we aangetoond dat automatische audit en feedback een essentieel onderdeel is van kwaliteit en kwaliteitsverbetering is in de eerste lijn.

Dit proefschrift droeg bij tot het ontwerp van een Covid-bewakingssysteem in de eerstelijnszorg en heeft geholpen bij de identificatie van prioritair risicogroepen voor Covid-vaccinatie. In de toekomst zou dit onderzoek ook kunnen bijdragen aan het monitoren van de Covid-vaccinatiestatus van een populatie.

Steve Van den Bulck



Steve in actie!



Voorzitter Pascal Borry, promotoren Patrik Vankrunkelsven, Geert Goderis en Rosella Hermens Frank Rademakers en Bart De Moor



Externe juryleden Roy Remmen (UAntwerpen) en Jozé Braspenning (Radboud UMC) die online hun bijdrage leverden.



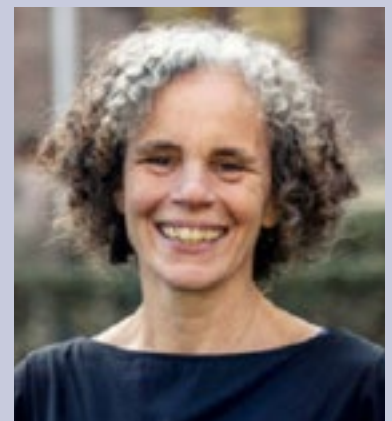
Jozé Braspenning (Radboud UMC) die online hun bijdrage leverden.

Eerste vrouwelijke hoogleraar huisartsgeneeskunde aan KU Leuven

Met heel veel trots en fierheid feliciteren we Birgitte Schoenmakers met haar benoeming tot hoogleraar. Zij is de eerste vrouwelijke hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven. Haar jarenlange inzet om het onderwijs in de basisopleiding geneeskunde en de manama huisartsgeneeskunde te verbeteren heeft een mooie bekroning gekregen!

Er is nog een lange weg te gaan, maar het is nooit te laat voor een eerste stap!

Proficiat Birgitte!



Prijs van de Jonge Huisarts

Ook dit jaar organiseert Artsenkrant met medewerking van het ICHO en Domus Medica, en met de financiële steun van het Rode Kruis-Vlaanderen de 'Prijs van de Jonge Huisarts powered by Artsenkrant'. Vier studenten van onze opleiding zaten in de running voor de hoofdprijs!

Dr. Isolde Vandewal en Dr. Lien Broekx: “De perceptie van cardiologen omtrent multidisciplinaire samenwerking in hartfalenzorg: een kwalitatieve studie”

Promotor: Prof. dr. Bert Aertgeerts



Hartfalen (HF) is een chronische, prevalentie aandoening met een zware impact op gezondheidszorgsystemen wereldwijd. Multidisciplinair management van HF patiënten wordt algemeen beschouwd als de optimale manier om patiëntenzorg te voorzien. Voorafgaande onderzoeken exploreerden het perspectief van patiënten, mantelzorgers en gezondheidsmedewerkers, maar kwalitatief onderzoek dat focust op de perceptie van cardiologen is echter schaars. Dr. Isolde Vandewal en Dr. Lien Broekx onderzochten **hoe cardiologen de interdisciplinaire samenwerking met huisartsen ervaren met betrekking tot de diagnose van patiënten met hartfalen.**

Voor de cardiologen is de huisarts een belangrijke partner in de zorg voor de patiënt met hartfalen, mede door hun plaats in vroege diagnose en verwijzing omwille van alertheid en hun patiënten kennis. “Maar de belangstelling voor hartfalenzorg, de ervaring met hartfalenpatiënten, de mate waarin men zich op deze zorg toelegt, verschilt van huisarts tot huisarts”, oppert Vandewal in de Artsenkrant.

Het onderzoek werd onder begeleiding van de KU Leuven uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews met Belgische cardiologen. De resultaten werden daarnaast gepubliceerd in Biomed Central.

In een eerste fase selecteerde het ICHO vijf masterproeven huisartsgeneeskunde. Deze selectie gebeurde in functie van de gemiddelde score gegeven door promotor en lector. De Artsenkrant-redactie stelde de genomineerden in vijf opeenvolgende edities tussen 1 april en 6 mei 2021 aan ons voor.

Tot slot werden de punten van de vak- en van de publieksjury opgeteld. De masterproef die in totaal het meeste aantal punten behaalde, won de ‘Prijs van de Jonge Huisarts powered by Artsenkrant’.

Dit kort artikel werd geschreven nog voor de winnaar bekend werd.

Dr. Saartje Verwaest en Dr. Annabelle Roobaert: “Screenen naar naevi en melanomen door de huisarts”

Promotor: Prof. dr. Birgitte Schoenmakers



Dr. Saartje Verwaest en dr. Annabelle Roobaert onderzochten in hun tweedelige masterproef hetvolgende: **Wanneer en waarom ervaart de huisarts problemen bij het screenen naar naevi en melanomen en wat loopt wel goed? (Deel 1) - Kan een e-learning de problemen verhelpen en de huisarts de screening naar naevi en melanomen met meer zekerheid laten aanpakken? (Deel 2)**

In eerste instantie maakte Saartje Verwaest - intussen aan de slag in een duopraktijk in Mol - twee enquêtes op, voor huisartsen en voor dermatologen. “Huisartsen ervaren bij het screenen naar naevi en melanomen voornamelijk problemen bij de diagnosestelling. En meer dan acht op de tien van de ondervraagden krijgen graag meer bijscholing over dit onderwerp.”

Voor deel twee van de masterproef stelde Annabelle Roobaert op haar beurt een e-learning op, inhoudelijk aangevuld met praktische voorbeelden inpikkend op de problemen die uit de enquête naar voren waren gekomen. De geaccrediteerde e-learning was en is nog steeds beschikbaar via het ACHG-navormingsplatform op Sofia.

Colofon

**Dit contactblad is een uitgave van
het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde**

Algemene leiding: prof. dr. B. Aertgeerts

Stafmedewerkers:

Prof. dr. Jan De Lepeleire - Prof. dr. Geert Goderis - Prof. dr. Cathy Mathei - Prof. dr. Birgitte Schoenmakers - Prof. dr. Bert Vaes – Prof. dr. Ann Van den Bruel – Prof. Dr. Gijs Van Pottelbergh - Prof. dr. Patrik Vankrunkelsven - Prof. dr. Marc Van Nuland - Prof. dr. Jan Verbaekel – Prof. dr. Mieke Vermandere

Redactieraad: B. Aertgeerts, M. Devis

Lay-out: Van der Poorten

Druk: Van der Poorten

Dit drukwerk wordt 100% klimaatneutraal gerealiseerd.



V.U.: B. Aertgeerts, Kapucijnenvoer 7 – bus 7001 (blok h)
te 3000 Leuven

achg@kuleuven.be

CB is ook online beschikbaar: **www.achg.be/contactbladen**

Agenda

Neem af en toe een kijkje op de agenda van onze website voor meer info en inschrijfmodules.

www.achg.be/kalender

